

Travail de la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse (D^r BROCHIER)

**Etude de la mortalité fœtale
et de la mortalité maternelle
pendant 10 ans
de fonctionnement
d'un service hospitalier
(1945-1954)**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Bernard BATISSE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 3 Septembre 1927, à ANCIZES (Puy-de-Dôme)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

1955

ETUDE DE LA MORTALITE FŒTALE
ET DE LA MORTALITE MATERNELLE
PENDANT DIX ANS DE FONCTIONNEMENT
D'UN SERVICE HOSPITALIER (1945-1954)

Travail de la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse (D^r BROCHIER)

**Etude de la mortalité fœtale
et de la mortalité maternelle
pendant 10 ans
de fonctionnement
d'un service hospitalier
(1945-1954)**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Bernard BATISSE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 3 Septembre 1927, à ANCIZES (Puy-de-Dôme)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

—
1955

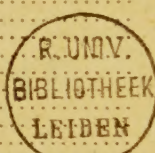
Doyen honoraire M. J. LEPINE. | Doyen M. HERMANN.
Assesseur M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL,
LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND MAZEL, LEULIER.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.	MM. FROMENT.
Clinique médicale B.	P. RAVAUULT.
Clinique chirurgicale A.	SANTY.
Clinique chirurgicale B.	WERTHEIMER.
Clinique ophtalmologique.	BONNET.
Clinique urologique.	CIBERT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.	DUFOURT.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.	GATE.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.	DECHAUME.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.	SEDALLIAN.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.	GUILLEMINET.
Clinique gynécologique.	POLLOSSON.
Clinique obstétricale.	PIGEAUD.
Clinique stomatologique.	DUCLOS.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.	BERNHEIM.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	MAYOUX.
Physiologie.	HERMANN.
Anatomie pathologique.	MARTIN J.-F.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	PONTHUS.
	(détaché à Beyrouth)
Parasitologie et pathologie exotique.	GARIN.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	ROCHET.
Chimie organique et toxicologie.	CHAMBON.
Pathologie générale et expérimentale.	JOSSERAND.
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale.	DELORE.
Anatomie.	GABRIELLE.
Pathologie interne.	CROIZAT.
Chimie biologique et médicale.	ENSELME.
Pathologie chirurgicale.	MALLET-GUY.
Histologie.	NOEL.
Pharmacie galénique et matière médicale.	REVOL.
Médecine du Travail.	BOURRET.
Thérapeutique.	LEVRAT.
Hygiène, action sanitaire et sociale.	SOHIER.
Biologie médicale et pharmacodynamie.	JOURDAN.
Propédeutique chirurgicale.	BERTRAND.
Botanique et cryptogamie.	NETIEN.
Chimie analytique et pharmaceutique.	BADINAND.
Médecine légale et déontologie.	ROCHE.
Pharmacie et pharmacologie.	DREVON.



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique. M. BANSSILLON | Physiologie biologique. M. BERGER.

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Parasitologie. MM. COUDERT.	Bactériologie. MM. BERTOYE A.
Parasitologie. ROMAN.	Physiologie. CHATONNET.
Histologie. X...	Physiologie. CIER.
	Biochimie médicale. CREYSEL R.

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale MM. BRUN.	MM. Orthopédie. MARION Joseph.
Pathologie médicale GIRARD M.	Obstétrique. BROCHIER.
Pathologie médicale GIRARD P.	Obstétrique. MAGNIN.
Pathologie médicale JEUNE.	Obstétrique. MATHIEU J.
Pathologie médicale VACHON.	Anatomie pathologique. GUICHARD.
Pathologie médicale GALY.	Anatomie. LATARJET.
Pathologie médicale GONIN.	Urologie. PERRIN.
Pathologie chirurgicale BERARD.	Ophtalmologie. PAUFIQUE.
Pathologie chirurgicale DESJACQUES.	Neuro-chirurgie. LECUIRE.
Pathologie chirurgicale LABRY.	Oto-rhino-laryngologie. X...
Pathologie chirurgicale TRILLAT.	Dermato-syphiligraphie. THIERS.
Pathologie chirurgicale DARGENT.	Médecine légale et Méde-
Pathologie chirurgicale MANSUY.	cine du Travail. X...
Pathologie chirurgicale GUILLET.	

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGE

Hygiène. M. BENAZET.	Pharmacie et Pharmacologie M. CIER André.
Histologie. M. DUMONT Louis.	Chimie organique
Physique et Biologie. M. MORET.	et Toxicologie. M. PERROT Louis.

LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

**Président : M. BANSSILLON ; Assesseurs : MM ROCHE
BROCHIER et MAGNIN**

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

A NOTRE PETITE DOMINIQUE

A MON GRAND-PERE

M. François CLOUP

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES PARENTS

Monsieur le Docteur et Madame Jean BATISSE

A MES BEAUX-PARENTS

Monsieur le Colonel René MOREAU

Officier de la Légion d'Honneur

et Madame René MOREAU

A MES FRERES ET SŒURS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BANSSILLON

Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon

Accoucheur des Hôpitaux

En lui exprimant notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre jury de Thèse.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé BROCHIER

Accoucheur des Hôpitaux

Il a bien voulu nous confier ce sujet de Thèse. Il nous a toujours réservé l'accueil le plus bienveillant et nous a aidé de ses conseils et de son expérience. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre vive gratitude.

Monsieur le Professeur ROCHE

*Professeur de Médecine Légale et de Déontologie
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Monsieur le Professeur Agrégé MAGNIN

Accoucheur des Hôpitaux

Qu'ils veuillent bien accepter nos respectueux remerciements, pour avoir daigné juger notre Thèse.

A Monsieur

le Médecin Général Inspecteur CHAVIALLE

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Directeur du Service de Santé d'Afrique du Nord
et de la X^e Région Militaire*

A Monsieur le Médecin Général GIRAUD

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A Monsieur le Médecin Colonel RETAT
Chirurgien des Hôpitaux Militaires
Médecin-chef de l'Hôpital Militaire Desgenettes

A Monsieur le Médecin Colonel PROTAR
Spécialiste des Hôpitaux Militaires
Chef du Service d'Electroradiologie et de Physiothérapie
de l'Hôpital Militaire Desgenettes

A Monsieur le Médecin Commandant FAVIER
Spécialiste des Hôpitaux Militaires
Chef du Service de Neuro-psychiatrie
de l'Hôpital Militaire Desgenettes

Nous sommes heureux de pouvoir
le remercier du séjour fructueux que
nous avons fait dans son Service et de
l'intérêt qu'il nous a porté. Nous le
prions d'accepter l'expression de notre
respectueuse gratitude.

A Monsieur le Médecin Capitaine REBOUL
Assistant des Hôpitaux Militaires

A MESSIEURS LES ASSISTANTS
DU SERVICE DE NEURO-PSYCHIATRIE
DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION
DESGENETTES

En leur exprimant notre reconnaissance respectueuse pour les enseignements qu'ils nous ont dispensés.

INTRODUCTION

M. le Docteur Brochier a bien voulu nous confier l'étude statistique de la mortalité fœtale pendant la gestation et le travail, de la mortalité infantile dans les jours qui suivent immédiatement l'accouchement (mortalité primaire) et de la mortalité maternelle dans son service de l'Hôpital de la Croix-Rousse pendant dix années (1945-1954.)

Notre exposé comportera cinq chapitres :

- le premier traitera de la mortalité fœtale pendant la gestation ;
- le second, de la mortalité fœtale pendant le travail ;
- le troisième sera consacré à la mortalité primaire ;
- le quatrième exposera les causes les plus fréquentes de mortalité fœtale et primaire ;
- enfin le dernier chapitre concernera la mortalité maternelle.

Pendant la période 1945-1954, la mortalité globale fœtale et infantile primaire a été de 442 cas sur 14.198 naissances, soit 3,11 %. La mortalité maternelle de 22 cas, soit 0,15 %.

TABEAU I

MORTALITE PENDANT LA GESTATION

	1945:	1946:	1947:	1948:	1949:	1950:	1951:	1952:	1953:	1954:	TOTAL :	%Décès:	%Décès:
NOMBRE TOTAL	8 :	11 :	15 :	20 :	11 :	15 :	13 :	12 :	9 :	15 :	129 :	GEST. :	TOTAUX :
													29
MALADIES													
MATERNELLES :	2 :	6 :	7 :	7 :	2 :	2 :	3 :	4 :	2 :	4 :	54 :	41,86 :	12,21
Syphilis :	4 :	2 :	1 :	2 :							9 :	6,97 :	2,03
Néphropathies :													
& Complicat. :	1 :	2 :	6 :	1 :	1 :	6 :	6 :	4 :	3 :	4 :	34 :	26,35 :	7,69
Maladies													
diverses :		2 :		4 :	2 :	1 :	2 :				11 :	8,52 :	2,48
CAUSES													
FOETALES :	1 :	1 :	2 :	8 :	4 :	2 :	1 :	1 :	1 :	4 :	26 :	20,15 :	5,68
Gemellité :			1 :							1 :	2 :	1,55 :	0,45
Circulaires													
ou anomalies													
du cordon :	1 :	1 :	2 :	8 :	4 :	2 :		1 :	1 :		20 :	15,50 :	4,52
Malformations :							1 :			3 :	4 :	3,10 :	0,90
ANTAGONISME													
FACTOriel :			1 :					1 :	1 :	2 :	5 :	3,87 :	1,13
CAUSES													
INDETERMINÉES :	2 :	4 :	4 :		4 :	6 :	4 :	0 :		5 :	44 :	34,10 :	9,95

CHAPITRE PREMIER

DE LA MORTALITE FŒTALE PENDANT LA GESTATION

Nous avons relevé, pour 14.198 naissances, 129 observations d'enfants morts pendant la gestation, soit 0,90 % par rapport aux naissances, ce qui représente 29 % de la mortalité globale.

Causes principales de la mort in utero

I. — CAUSES D'ORIGINE MATERNELLE

54 cas sur 129 décès, soit 41,86 % des décès pendant la gestation.

a) Syphilis :

9 cas, soit 6,97 %.

b) Néphropathies et leurs complications :

34 cas, soit 26,35 %.

c) Maladies diverses :

11 cas, soit 8,32 %.

2. — CAUSES D'ORIGINE FŒTALE.

26 cas sur 129 décès, soit 20,15 % des décès pendant la gestation.

a) *Gemellité* :

2 cas, soit 1,55 %.

b) *Circulaires et anomalies du cordon* :

20 cas, soit 15,55 %.

c) *Malformations* :

4 cas, soit 3,10 %.

3. — ANTAGONISME FACTORIEL.

5 cas sur 129 décès, soit 3,87 %.

4. — CAUSES INDÉTERMINÉES.

44 cas sur 129 décès, soit 34,10 %.

Conclusions

Le fait le plus important à noter dans ce premier tableau est la forte proportion de morts *in utero* due aux néphropathies gravidiques et à leurs complications ; elles représentent 26,35 % des décès pendant la gestation, et à ce stade, 7,69 % des décès totaux. On remarquera ensuite la petite place qu'occupe la syphilis, 6,97 % des décès *in utero*, et à ce stade, 2,03 % des décès totaux.

La place de l'antagonisme factoriel est également restreinte.

Enfin dans un nombre important de cas (44, soit 34,10 %) et malgré les recherches effectuées, on reste dans l'ignorance de la cause de la mort du fœtus *in utero*.

TABEAU II
MORTALITE PENDANT LE TRAVAIL

	1945:	1946:	1947:	1948:	1949:	1950:	1951:	1952:	1953:	1954:	TOTAL:	% décès:	% décès:
NOMBRE TOTAL	10:	3:	13:	14:	13:	16:	9:	13:	8:	9:	108	Travail:	Décès:
												24,3	
MALADIES													
MATERNELLES													
Syphilis	1			4	1	1	1	1		2	11	10,18	2,48
Néphropathies & Complications				1							1	0,92	0,22
Maladies & Accidents divers	1			3	1		1			1	7	6,48	1,58
CAUSES OVULAIRES													
& FŒTALES	6	1	2	4	4	7	3	6	6	2	49	45,37	11,08
Prématurés simples:				2	1		1				4	3,70	0,90
" jumeaux								1			1	0,92	0,22
Malformations fœtales	3	1				2	1		1	2	10	9,25	2,26
Procidences et anomalies du cordon	1		7	2	2	2	1	1	1	1	18	16,66	4,07
Placenta prævia	2					2		1	1		6	5,55	1,35
Décollement prématuré placenta					1	1		3	3	2	10	9,25	2,26
CAUSES OBSTETRIQUES													
Présentations : anormales	2	2	6	6	2	6	2	6	2	2	48	44,44	10,85
Irégulières du siège											5	4,62	1,13
Rétrécissements pelviens			1			1	1	1			4	3,70	0,90
Interventions	1		3	2	2	1	1		1		11	10,18	2,48
Souffrance de cause indéterminée	2	1	1		4	2	3	3	1	2	22	20,37	4,97

CHAPITRE II

DE LA MORTALITE FŒTALE PENDANT LE TRAVAIL

Nous avons relevé, pour 14.198 naissances, 108 observations d'enfants morts pendant le travail, soit 1,1 % par rapport aux naissances, ce qui représente 24,3 % de la mortalité globale.

Causes principales de la mortalité pendant le travail

1. — CAUSES MATERNELLES.

11 cas sur 108 décès, soit 10,18 % des décès pendant le travail.

a) Syphilis :

1 cas, soit 0,92 %.

b) Néphropathies et leurs complications :

3 cas, soit 2,77 %.

c) Maladies et accidents divers. :

7 cas, soit 6,48 %.

2. — CAUSES OVULAIRES ET FŒTALES :

49 cas sur 108 décès, soit 45,37 % des décès pendant le travail.

a) Prématurés simples :

4 cas, soit 3,70 %.

Prématurés jumeaux :

1 cas, soit 0,92 %.

b) Malformations fœtales :

10 cas, soit 9,25 %.

c) Procidences et anomalies du cordon :

18 cas, soit 16,66 %.

d) Placenta prævia :

6 cas, soit 5,55 %.

e) Décollement prématuré du placenta :

10 cas, soit 9,25 %.

3. — CAUSES OBSTÉTRICALES.

48 cas sur 108 décès, soit 44,44 % des décès pendant le travail.

a) Présentations anormales :

5 cas, soit 4,62 %.

Présentations irrégulières :

1 cas, soit 0,92 %.

Présentations du siège :

5 cas, soit 4,62 %.

b) Rétrécissements pelviens :

4 cas, soit 3,70 %.

c) Interventions :

11 cas, soit 10,18 %.

d) Souffrance de causes indéterminées :

22 cas, soit 20,37 %.

Conclusions

Pendant le travail, les causes les plus fréquentes de mortalité de l'enfant sont représentées par :

1. — *Les causes d'origine fœtales et ovulaires :*

45,37 % qui représentent 11,08 % de la mortalité globale. Ce sont principalement les procidences et les anomalies du cordon (16,66 %, soit 4,07 % des décès globaux). Les malformations fœtales (9,25 %, soit 2,26 % des décès globaux) et le décollement prématuré du placenta dans les mêmes proportions.

2. — *Les causes obstétricales :*

44,44 % qui représentent 10,85 % de la mortalité globale. Parmi ces causes, il en existe près de la moitié (22 sur 48) qui sont de nature inconnue et se révèlent par une souffrance dont l'étiologie nous échappe.

TABLEAU III

MORTALITÉ PRIMAIRE

	1945:	1946:	1947:	1948:	1949:	1950:	1951:	1952:	1953:	1954:	TOTAL:	%Décès Prim.	%décès totaux
NOMBRE TOTAL	17	13	22	26	21	37	19	24	15	11	205		46,5
MALADIES MATERNELLES	2	4	2	2	2	2	2	2	2		20	14,14	6,86
Syphilis	4			1	1	3	1				10	4,87	2,26
Néphropathies et Complications		1	1		1	1					6	2,92	1,35
Maladies diverses	1	3	1	2		1	1	3	1		13	6,34	2,94
CAUSES FOETALES	6	2	15	14	13	8	12	12	1	6	113	55,12	25,56
Prématurés simples	5	4	11	10	0	11	7	8	2	3	70	34,14	15,63
" jumeaux				2		3		3		1	12	5,85	2,71
Malformations	1	1	4	2	2	9	5	1		2	31	15,12	7,01
ANTAGONISME FACTOUEL					1	1			1	2	5	2,43	1,13
TRAUMATISME OBSTETRICAL	1	4	3	5	3	1	1	1	3	2	36	17,56	8,14
ETAT PATHOLOGIQUE DU NOUVEAU-NE	2		2	4	5	1	1	2	1	1	32	10,73	4,97
Hémorragies				1		1				1	3	1,46	0,67
Accidents Infect.	1		1	2	2		1				6	2,92	1,35
Causes Indéterm.	1		1	2				5	1		13	6,34	2,94

CHAPITRE III

DE LA MORTALITE PRIMAIRE

Nous avons relevé pour 14.198 naissances, 205 observations d'enfants morts pendant le temps de leur séjour dans le service, soit 2 % par rapport aux naissances, ce qui représente 46,5 % de la mortalité globale.

Causes principales de la mortalité primaire

1. — CAUSES MATERNELLES.

29 cas sur 205 décès, soit 14,14 % des décès primaires.

a) Syphilis :

10 cas, soit 4,87 % des décès primaires.

b) Néphropathies et leurs complications :

6 cas soit 2,92 % des décès primaires.

c) Maladies diverses :

13 cas, soit 6,34 % des décès primaires.

2. — CAUSES FŒTALES.

113 cas sur 205 décès, soit 55,2 % des décès primaires.

a) Prématurés simples :

70 cas, soit 34,14 % des décès primaires.

Prématurés jumeaux :

12 cas, soit 5,85 % des décès primaires.

b) Malformations :

31 cas, soit 15,12 % des décès primaires.

3. — ANTAGONISME FACTORIEL.

5 cas sur 205, soit 2,43 % des décès primaires.

4. — TRAUMATISME OBSTÉTRICAL.

36 cas, soit 17,56 % des décès primaires.

5. — PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NÉ.

22 cas, soit 10,73 % des décès primaires.

a) Hémorragies :

3 cas, soit 1,46 % des décès primaires.

b) Accidents infectieux :

6 cas, soit 2,92 %.

c) Causes indéterminées :

13 cas, soit 6,34 %.

Conclusions

Les décès au cours des premiers jours de la vie représente à eux seuls près de la moitié des décès totaux (46,5 % exactement). Ce sont les causes fœtales, et plus particulièrement la prématuration qui est responsable de 72 décès sur 113 cas, soit 39,9 % de décès primaires, et 18,54 % de la mortalité globale.

Viennent ensuite le traumatisme obstetrical (17,56 pour cent des décès primaires et 8,14 % de la mortalité globale, les maladies maternelles (11,11% et 6,56 %) et les états pathologiques du nouveau-né (10,73 % et 4,97 %).

TABLEAU IV
CAUSES PRINCIPALES
DE MORTALITÉ ANTE PARTUM et POST PARTUM.

	Pdt Gestation	Pdt le Travail	Primaire	Total	% Décès Nbr. total décès	% Décès Nbr. total Naissances
Prématurés simples		4	70	74	16,74	0,52
" jumeaux		1	12	13	2,94	0,09
Traumatismes		11	36	47	10,63	0,33
Malformations	4	10	31	45	10,18	0,31
Néphropathies et Complications	34	3	6	43	9,72	0,30
Maladies diverses	11	7	13	31	7,01	0,21
Syphilis	9	1	10	20	4,52	0,14
Procidence & Latéro- cidence du cordon		18		18	4,07	0,12
Antagonisme factoriel	5		5	10	2,26	0,07
Causes indéterminées	44	22	13	79	17,87	0,55

CHAPITRE IV

CAUSES PRINCIPALES DE MORTINATALITE ET DE MORTALITE PRIMAIRE

Dans le tableau ci-contre, nous avons relevé les causes les plus fréquentes des décès pendant la gestation, le travail et dans la période qui suit la naissance.

Nous avons établi les pourcentages des différentes causes par rapport au nombre total des décès et par rapport au nombre total des naissances.

Ces causes sont les suivantes par ordre de fréquence :

Prématurations : 87 cas, soit 19,68% par rapport au nombre total des décès

Traumatismes, 47 cas, soit 10,63 % » » »

Malformations, 45 cas, soit 10,18 % » » »

Néphropathies, 43 cas, soit 9,72 % » » »

Malades diverses, 31 cas, soit 7,01 % » » »

Syphilis, 20 cas, soit 4,52 % » » »

Procidences-Latérocidences, 18 cas soit 4,07% » » »

Antagonisme factoriel, 10 cas, soit 2,26 % » » »

Enfin il faut noter un assez grand nombre de décès dont la cause est restée inconnue : 79 cas, soit 17,17 pour cent par rapport au nombre total des décès.

Pendant la gestation :

— Néphropathies	34 cas
— Maladies diverses	11 cas
— Syphilis	9 cas
— Antagonisme factoriel	5 cas
— Malformations	4 cas

Pendant le travail :

— Procidence et latérocidence	18 cas
— Traumatismes	11 cas
— Malformations	10 cas
— Décollement prématuré du placenta	10 cas
— Prématuration	5 cas

STATISTIQUES D'ENSEMBLE.

ANNEES:	Nbre :	MORTALITE		MORTALITE			MORTALITE			MORTALITE		
	NAISS.	GLOBALE		PDT GESTATION			PDT le TRAVAIL			PRIMAIRE		
		Totale:	Naiss.	Totale:	Décès:	Naiss.	Totale:	Décès:	Naiss.	Totale:	Décès:	% N
1945	867	35	4	8	22,7	0,9	10	28,5	1,1	17	48,5	2
1946	1497	27	1,8	11	40,7	0,7	13	11,1	2,2	13	48,1	0,9
1947	1806	50	2,7	15	30	0,8	13	26	0,7	22	44	1,2
1948	1613	60	3,7	20	33,3	1,2	14	23,3	0,8	26	43,3	1,6
1949	1566	45	2,8	11	24,4	0,7	13	28	0,8	21	46,6	1,5
1950	1633	68	4,1	15	22	0,9	16	23,5	1	37	54,4	2,2
1951	1414	41	2,8	13	31,7	0,9	9	22	0,6	19	46,3	1,5
1952	1300	49	3,08	12	22	0,9	13	24	1	24	49,9	1,1
1953	1222	32	2,5	9	28	0,6	8	25	0,6	15	46,5	1,2
1954	1280	35	2,7	15	40	1,1	9	25,5	0,6	11	34,4	0,8
TOTAUX:	14198	442	3,11	129	29	0,90	108	24,3	0,76	205	46,5	1,45

Pendant la période primaire :

— Prématuration	82 cas
— Traumatismes	36 cas
— Malformations	36 cas
— Maladies diverses	13 cas
— Syphilis	10 cas
— Néphropathies et complications ..	6 cas
— Antagonisme factoriel	5 cas

CHAPITRE V

DE LA MORTALITE MATERNELLE

Il résulte de l'étude statistique que nous avons faite, que 22 accouchements sur 14,198 ont été suivis du décès de la mère, soit une mortalité de 1,5 pour mille.

Répartition dans le temps

1945	.....	867 accouchements	.....	2 décès
1946	.....	1.497	—	4 »
1947	.....	1.806	—	4 »
1948	.....	1.613	—	3 »
1949	.....	1.556	—	4 »
1950	.....	1.633	—	1 »
1951	.....	1.414	—	3 »
1952	.....	1.300	—	1 »
1953	.....	1.222	—	néant
1954	.....	1.280	—	néant

Résumé des observations

1945 : 2 décès sur 867 accouchements

OBSERVATION 173 - IV Geste.

Il s'agit d'une malade présentant une grossesse de 6 mois et demi, amenée dans le Service avec une hémor-

ragie extrêmement abondante, le 7 mars. Elle avait déjà présenté, le 14 février et le 20 février, de petites hémorragies pour lesquelles elle n'avait pas consulté.

A son entrée dans le Service la malade est très anémiée, le pouls est filant.

Il s'agit d'un placenta prævia central.

Le décès survient malgré une hystérotomie basse et les transfusions, l'enfant est mort-né.

OBSERVATION 178 - IV pare.

Il s'agit d'une rupture *prématurée des membranes*, cinq jours avant le début du travail.

On note à l'accouchement une infection amniotique, de plus un curage est fait en raison de la rétention totale du chorion, l'enfant est mort-né.

La malade est décédée 18 jours après *dans un tableau clinique de septicémie puerpérale*. Les hémocultures ont toujours été négatives.

1946 : 4 décès sur 1.497 accouchements

OBSERVATION 235 - primipare.

Décédée de *choc opératoire* après césarienne suivi d'hystérectomie.

OBSERVATION 376 - III pare.

Décédée de choc avec hémorragie, *placenta proevia*.

OBSERVATION 535 - 25 ans, primipare.

Grossesse gemellaire.

La malade est traitée par son médecin pour *albuminurie* depuis 15 jours.

A l'entrée dans le Service, il existe une albuminurie importante et un gros oedème des membres inférieurs.

Pendant le travail, il se produit deux crises d'éclampsie, la dernière a dilatation complète. On décide alors de terminer le travail, on procède ensuite à une délivrance artificielle pour hémorragie.

Quelques minutes après on assiste à un effondrement tensionnel. Le traitement du choc est institué.

Deux heures après l'accouchement, la malade reprend connaissance, mais est atteinte d'amaurose totale, elle retombe rapidement en collapsus, la température est à 40°4.

Le lendemain matin, la malade est toujours dans le coma, la tension artérielle est à 9 5/5 5, la température à 40°.

L'examen du L. C. R. est normal.

Les urines contiennent 1 gr. 60 par litre d'albumine, la cytologie urinaire montre : cellules de desquamation, rares leucocytes, pas d'hématies.

Le décès survient 20 heures après l'accouchement.

La vérification ne montre macroscopiquement qu'une teinte pâle des reins et du cœur.

L'examen histopathologique montre :

Myocarde : normal.

Foie : lésions dégénératives, diffuses.

Reins : exsudats intra glomerulaires, cylindres dans les tubuli.

En résumé : *lésions d'hepatonéphrite.*

OBSERVATION 1085 - 34 ans, primipare.

Grossesse gemellaire.

Il a été appliqué un forceps à la partie moyenne de l'excavation pour extraire un enfant de 2.060 gr., puis

version et grande extraction du siège pour un enfant de 2.560 gr. L'accouchement se termine sans complication.

La malade présente un état de choc cinq heures après.

Malgré le traitement, le choc va en s'aggravant, la malade meurt brusquement.

Il semble qu'il s'agisse d'une *fissuration minime du segment inférieur* passée inaperçue à la révision utérine et n'ayant donné des signes que 5 heures après, le sang s'étant accumulé petit à petit dans la base du ligament large.

La vérification n'a pu être faite.

1947 : 4 décès sur 1.806 accouchements

OBSERVATION 273 - 33 ans, primipare.

Entrée dans le Service le 12 février, à la suite de la constatation d'*albuminurie et d'hypertension*.

A son arrivée la tension artérielle est à 230/140. Le taux d'albumine 0,75 gr./litre. Trois jours après le taux d'albumine est ramené par le traitement institué à : 0 gr. 50 par litre. L'accouchement a lieu spontanément le 25 février sans signe de fatigue ni de défaillance cardiaque.

Vingt minutes après l'expulsion, la malade perd connaissance, le pouls est imperceptible, la tension artérielle imprenable. On note un Babinski à gauche.

Après la mise en œuvre du traitement la malade reprend connaissance, la tension artérielle maxima est à 85, le pouls à 130. Le Babinski a disparu. On pratique un E.C.G.

La malade meurt subitement dix heures après l'accouchement, sans cyanose ni dyspnée.

La vérification ne montre pas d'oblitération coronaire.

L'E. C. G. fait penser à une apoplexie myocardique sans oblitération.

OBSERVATION 467.

Décédée d'hémorragie importante malgré une hystérectomie et transfusion.

OBSERVATION 767 - IV pare.

Le terme étant dépassé, on provoque le travail. L'épreuve en est négative. On est amené à faire une hystérotomie basse qui permet d'extraire un enfant vivant.

Les suites de couches sont fébriles, le décès survient 10 jours après, par *embolie pulmonaire*.

OBSERVATION 1625 - II pare.

L'accouchement spontané d'un enfant vivant a eu lieu le 23 novembre. Les suites ont été normales jusqu'au septième jour où la femme se lève pour la première fois. A ce moment, elle présente des vertiges et des fourmillements dans les membres inférieurs. La malade est immédiatement couchée, il survient une crise convulsive, suivie d'une reprise de connaissance (au cours de cette période la malade peut dire qu'elle n'a jamais présenté de crise d'épilepsie). La crise convulsive se reproduit deux fois et la malade meurt.

La vérification montre un *caillot long* venant du ventricule droit, s'engageant dans l'artère pulmonaire se bifurquant avec elle et suivant chaque branche sur 3 cm. environ.

Il n'existe pas d'autre lésion autre que celle de *l'embolie pulmonaire*.

1948 : 3 décès sur 1.613 accouchements

OBSERVATION 1170 - primipare.

A l'entrée dans le Service, la femme présente une tem-

pérature à 37°7, la tête est mobile, la poche des eaux rompue depuis deux heures. La température monte rapidement à 40°. La tête s'engage, il est pratiqué un forceps au bas de l'excavation. La malade présente des frissons, une cyanose des lèvres et des extrémités, puis une diarrhée abondante.

Le décès survient 6 heures après l'accouchement, vrai semblablement dû à une *septicémie du post partum*.

OBSERVATION 1287 - 26 ans, primipare.

Une hémorragie de la délivrance nécessite une délivrance artificielle, puis une revision utérine. L'utérus se contracte bien, l'hémorragie s'arrête, elle a été de 1100 cc. environ.

Trois heures après, nouvelle hémorragie de 100 à 150 cc., le pouls est imprenable ainsi que la tension artérielle. Le curage digital ne ramène qu'un ou deux minuscules débris placentaires.

Il est procédé à une perfusion de sang frais après dénudation de l'artère radiale gauche et d'une veine du pli du coude à droite.

La mort survient cinq minutes après le début de la perfusion et malgré une injection d'adrénaline intracardiaque.

Elle est due à un *choc obstétrical avec hémorragie minine*.

L'examen histologique de la muqueuse du col et du fond utérin est normal.

OBSERVATION 1604 - 37 ans, III pare.

L'accouchement spontané sans incident a lieu le 30 décembre. Le sixième jour, la malade présente une élévation thermique à 38° avec de la dyspnée et de l'herpès.

Le lendemain, il apparaît une cyanose importante, la

température s'élève à 39°, il existe des signes de pneumonie de la base gauche. Malgré le traitement, la mort survient huit jours après l'accouchement due à une *grippe avec complications pulmonaires*.

1949 : 4 décès sur 1.556 accouchements

OBSERVATION 92 - 34 ans, primipare.

La malade entre dans le Service à la suite de la découverte à la consultation d'une *albuminurie avec hypertension*.

A l'entrée le taux d'albumine est de 4,80 gr. par litre.

L'examen cytologique montre des cylindres hyalins et granuleux. La tension artérielle est à 160/80.

Après 3 semaines de traitement, le taux d'albumine est à 4 gr. 20, la tension artérielle à 140/70.

A ce moment, l'accouchement spontané prématuré d'un enfant de 1900 gr. a lieu. Six heures après, le décès survient par collapsus malgré le traitement institué.

OBSERVATION 304 - 35 ans, IX pare, 6 enfants en bonne santé : 2 enfants décédés de maladies infectieuses.

L'accouchement étant prévu pour le 5 mars, il est déclenché le 15 mars par moyens médicamenteux.

Une *hémorragie* de la délivrance, de 1700 cc. donne lieu à une révision utérine qui ne ramène rien.

Malgré une perfusion de sang conservé, les toni cardiaques, le tamponnement, le décès survient 8 heures après l'accouchement.

La vérification ne montre rien.

OBSERVATION 309 - 40 ans II geste (avortement en 1947).

La femme présente une dystocie du col due à des lésions de sclérose par injection de Permanganate, d'autre part il y a rétention d'un enfant mort, il est donc pratiqué une craniotomie suivie d'une délivrance artificielle.

La malade meurt 3 heures après dans un tableau de *choc vraisemblablement toxique*.

OBSERVATION 453 - primipare.

Il s'agit d'une femme présentant un fibrome prævia qui a occasionné une présentation transversale. Il est pratiqué une hystérotomie haute (la voie basse étant impossible en raison de la situation du fibrome.)

Un enfant vivant de 3.550 grammes est extrait.

La malade meurt 4 heures après d'un *choc obstétrical sans hémorragie*.

1950 : 1 décès sur 1.633 accouchements

OBSERVATION 24 - 35 ans, primipare.

La malade entre dans le Service le 1-1-50 porteuse d'un *rétrécissement mitral* constaté après une crise de R. A. A., il y a 8 ans.

Elle a été hospitalisée et traitée au cours de sa grossesse par la digitaline et inophilline.

A son entrée, elle présente une crise dyspnéique intense, l'auscultation cardiaque montre un rétrécissement mitral typique ; l'auscultation pulmonaire montre des râles crépitants fins aux deux bases. La malade passe à l'infirmerie avec un traitement digitalique et un régime déchloruré.

L'accouchement se produit spontanément, d'abord d'un

enfant de 1.100 grammes, puis d'un enfant de 900 grammes qui vivent, quelques minutes.

Il est pratiqué une délivrance artificielle.

La malade meurt quelques instants après.

La vérification montre :

Poumons et plèvres :

— symphyse pleurale droite ;

— épanchement séro-fibrineux de 400 cc. à gauche.

Le poumon droit est d'aspect lie de vin.

Le poumon gauche est intact.

Cœur :

Petite adhérence entre les deux feuillets péricardiques, oreillette gauche très augmentée de volume, paroi épaissie. Le rétrécissement est très serré, il n'admet que la pulpe de l'index, il n'y a pas de lésions végétantes.

— pas de lésion aortique ;

— pas de lésion du cœur droit ;

L'examen anatomopathologique :

— Rate hémorragique ;

— Poumons : alvéolite oedémateuse ;

— valvule mitrale : la valvule est transformée en une masse collagène, épaisse contenant de nombreux éléments inflammatoires.

1951 : 3 décès sur 1.414 accouchements

OBSERVATION 71 - IV pare, pas d'enfants vivants.

Il s'agit d'un placenta prævia pour lequel est pratiquée une hysterotomie qui a lieu sans incident. On extrait un enfant vivant de 2.740 grammes.

La malade meurt le 4^e jour vraisemblablement d'*infection péritonéale*.

OBSERVATION 742 - 35 ans, VI pare.

La malade entre dans le Service pour *albuminurie et hypertension*. A l'entrée le taux d'albumine est de 2 gr. 80, la tension artérielle de 220/115.

On note un volumineux oedème des membres inférieurs.

Sous l'influence du traitement et du régime la tension artérielle descend à 170/35, trois jours après.

A ce moment, le 6 juillet à 12 heures, il se produit une hémorragie minime. A 15 heures, on extrait par le siège, un enfant de 3.500 grammes avec forceps sur tête dernière, puis grande extraction du siège pour un deuxième enfant de 3.100 grammes. Après la sortie du délivre, hémorragie de 2.000 cc. environ, l'hémorragie persiste. La révision utérine montre pas de lésion si ce n'est une petite déchirure du col non étendue au segment inférieur.

Une perfusion est installée, on administre de l'oxygène, la tension artérielle est à 80.

Après une amélioration la tension artérielle remonte à 100, on a passé un litre de sang, l'hémorragie reprend une nouvelle revision utérine ramène des caillots nombreux.

On fait passer à la seringue 350 cc. de sang. On donne des toni-cardiaques.

La malade meurt quelques minutes après.

OBSERVATION 1412 - 25 ans, primipare.

Après un accouchement et une délivrance spontanés, la température s'élève le lendemain à 37°5, puis 38°5 le soir. Deux jours après l'accouchement la température est de 40° avec météorisme, oligurie, défense de la paroi. On pense à une *péritonite du post partum avec syndrome toxique*.

Malgré le drainage par mèche qui fait écouler un liquide sero-sanglant et le traitement antibiotique le décès survient.

1952 : 1 décès sur 1.300 accouchements

OBSERVATION 1034 - 26 ans, II pare.

Malade ayant présenté chez elle une hémorragie sans douleurs quelques jours avant son entrée dans le Service. Elle avait eu également dans les mois précédents quelques pertes de sang.

Il s'agit d'une *insertion marginale du placenta*.

La malade meurt de *choc opératoire*, 14 heures après l'intervention.

1953 : décès, néant

1954 : décès, néant

Causes des décès maternels

— Néphropathies gravidiques (complications)	4 cas
— Choc obstétrical	4 cas
— Choc avec hémorragie	3 cas
— Placenta prævia	3 cas
— Embolie pulmonaire	2 cas
— Septicémie du post partum consécutive à une rupture prématurée des membranes..	2 cas
— Péritonite aiguë du post partum	2 cas
— Affect. grippale avec complication pulm.	1 cas
— Rétrécissement mitral décompensé (O.A.P.)	1 cas

CONCLUSIONS

- I. — Nous avons établi la statistique de mortalité et de mortalité primaire pour une période de dix années (1945-1954) dans le Service de Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse à Lyon.
- II. — Notre étude porte sur 14.198 accouchements. Sur ce chiffre nous avons relevé une mortalité ante partum et post partum globale de 442, soit une proportion de 3.11 ‰.
- III. — Pendant la gestation, la mortalité fœtale a été de 129 ce qui représente 0,9 ‰ par rapport aux naissances et 29 ‰ des décès totaux.
- IV. — Pendant le travail la mortalité fœtale a été de 108, ce qui représente 0,76 ‰ par rapport aux naissances et 24,3 ‰ des décès totaux.
- V. — La mortalité primaire pendant le temps de séjour des enfants dans le Service a été de 205, ce qui représente 1,45 ‰ par rapport aux naissances et 46,5 ‰ des décès totaux.

IV. - Nous avons d'autre part étudié la mortalité maternelle pendant la même période et nous avons enregistré au cours de ces 10 années et sur 14.198 accouchements, 22 décès maternels, soit une proportion de 1,5 pour mille.

Vu :

Le Doyen,
HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,
BANSSILLON.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 Juin 1955

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	13
<i>Chapitre premier.</i> — De la mortalité fœtale pendant la gestation	15
<i>Chapitre II.</i> — De la mortalité fœtale pendant le travail	19
<i>Chapitre III.</i> — De la mortalité primaire	23
<i>Chapitre IV.</i> — Causes principales de mortinatalité et de mortalité primaire	27
<i>Chapitre V.</i> — De la mortalité maternelle	31
<i>Conclusions</i>	43

— Imprimerie BOSC Frères —
42, Quai Gailleton — LYON
